

委任状

医療法人社団 サンクファイレ
下北沢整形外科リウマチ科クリニック
院長 植田 進一朗 様

委任者（患者様）

氏名（自署）

印

住所

私（委任者）は、次の者を代理人と定め、貴院が保管する私の診療記録等の開示請求手続に関する一切の件について委任します。

代理人氏名

代理人住所

委任者（患者様）との関係又は続柄

令和 年 月 日